



XLIX Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 81 de 2020

Carpeta Nº 67 de 2020

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

EUTANASIA Y SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO

Reglamentación

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 10 de junio de 2020

(Sin corregir)

Preside: Señora Representante Silvana Pérez.

Miembros: Señor Representante José De Mattos y señora Representante Cristina Lustemberg.

Delegados de Sector: Señores Representantes Álvaro Dastugue y Luis Enrique Gallo.

Concurren: Señores Representantes Enzo Malán, Juan Moreno, Ope Pasquet y Federico Ruiz.

Invitados: Representando a los funcionarios y licenciados en Laboratorio de ASSE, técnica Marlene Machado y Mag. licenciada Vivián Peirano.

Por el proyecto de Hemocentro Regional Norte – Paysandú, doctora Sandra Pías Grecco y señora María Guerrero.

Integrantes de la Sociedad de Medicina y Cuidados Paliativos, doctoras Adriana Della Valle, Alejandra Sosa y Rita Ruffo.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

═════II═════

SEÑORA PRESIDENTA (Silvana Pérez Bonavita).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Tenemos el gusto de recibir a una delegación de Licenciados en Laboratorio, integrada por la licenciada Vivián Peirano y la funcionaria de Laboratorio Marlene Machado, a quienes cedemos el uso de la palabra a efectos de que realicen su exposición.

SEÑORA PEIRANO (Vivián).- Muchas gracias por recibirnos.

Figura mi nombre y que vengo por Soriano, porque esta entrevista fue solicitada por el diputado Malán Castro y yo también soy de Mercedes, pero venimos en representación de una asociación en trámite integrada por todos los licenciados en laboratorio de todo el país.

Hasta ahora, parecíamos invisibles y aprovechando el tema del Covid, venimos a plantear una realidad que va más allá de este virus, porque trabajamos con muchas más patologías, fluidos biológicos y una cantidad de cosas contaminantes, que tiene que ver con las condiciones en las que trabajamos y la remuneración que tenemos. Le envié a la presidenta un trabajo que se hizo y otro realizado por un compañero en el hospital Saint Bois sobre salud ocupacional, teniendo como tutor al doctor Tomasina. Allí se expresan todos los riesgos que tenemos.

En la documentación, establecí que en una matriz de ASSE de 2018, el nominal de un licenciado en laboratorio, con un estudio terciario de cuatro años en la Escuela de Tecnología Médica, con veinticuatro horas semanales de trabajo, era de $ 30.954,54, aproximadamente.

También les voy a dejar una encuesta que refiere a todos los laboratorios del país, en la que cada compañero ha marcado cuáles son las condiciones en las que está trabajando.

Necesitamos que se nos escuche porque creemos que somos los que más en riesgo de vida estamos, no solo por los contaminantes con los que trabajamos y a los que estamos expuestos, sino porque muchos compañeros han tenido ciertos accidentes laborales que los trabajadores del resto de la salud no ha sufrido. Por ejemplo, está el caso de una compañera que contrajo meningitis y yo tuve un accidente con un frasco de hemocultivo, que es el estudio que se realiza a una persona que tiene una sepsis bacteriana y cosas por el estilo.

Entonces, queremos ser escuchados no solo por la remuneración, sino también por las condiciones de trabajo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Me gustaría ahondar en las condiciones propias que se pretende mejorar de repente en cuanto a los turnos, al espacio físico. Es decir, quisiera más detalles respecto de esas condiciones que reclaman al día de hoy.

SEÑORA PEIRANO (Vivián).- Eso lo vas a encontrar plasmado en el material, pero para darte una idea, el único laboratorio que está habilitado del país es el de Florida y si vas a la encuesta, verás que los demás no están en las mejores condiciones. Sabemos que los demás no están habilitados y creo que si fueran a ver las condiciones en las que trabajamos, los cerrarían a todos.

Yo contaba el accidente en el que se me reventó un frasco de un paciente que se dializaba y había contraído Hepatitis C. Ese frasco se me cayó en la cara y no tenía ducha para bañarme. Pasé un año espantoso porque tuve que hacerme continuamente los estudios hasta el año que me dieron el alta. Por suerte, el resultado fue negativo, de

puro milagro. Pero sé que un compañero contrajo Hepatitis B; otra, meningitis, etcétera. Y el tema es que no tenemos las condiciones adecuadas en el baño. Por ejemplo, en el hospital donde trabajo, que es el de Mercedes, el baño está mal ubicado, en la mitad del espacio físico en el que trabajamos, no tiene ducha ni las condiciones que debería tener.

SEÑORA MACHADO (Marlene).- Trabajo en el laboratorio del hospital de Fray Bentos y comparto todo lo que dice Vivián, aunque en nuestro caso, son otras características. Nuestro laboratorio es nuevo, bastante amplio, pero no tenemos baño ni lugar para cambiarnos. Es decir que debemos ir con la ropa puesta y volver con esa misma ropa a casa. Es por esto que tenemos que usar el baño público del hospital.

A su vez, tenemos una sola entrada al laboratorio. Es decir que no hay salidas auxiliares. La única entrada da a un pasillo y si llegara a pasar algo, no tenemos otra posibilidad que saltar a un balcón.

Respecto de los accidentes laborales, hace unos años, había una estufa prendida porque era invierno y a una compañera se le cayó una botella de éter y se prendió fuego; así como se prendió, se apagó, porque es muy volátil, pero si se hubiera prendido fuego la ropa u otra cosa, no tenemos extinguidores.

Diría que no tenemos lo básico. Por ejemplo, no tenemos un lugar para descansar. Había un balcón en el que se hizo un área cerrada y se armó un depósito de cajas y se ubicaron las heladeras, una mesita y dos sillas, en las que nos sentamos a tomar unos mates, pero no están dadas las condiciones para descansar unos minutos o tomarse un café.

SEÑORA PEIRANO (Vivián).- Como decía, no se da la misma situación en todos los laboratorios, pero en todos hay irregularidades.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Es un gusto recibirlas.

Ya hemos recibido a alguna delegación de funcionarios laboratoristas en el Período pasado planteando estas mismas preocupaciones. Este es un tema muy viejo, de difícil resolución, que tiene dos aspectos. Uno tiene que ver con la estructura edilicia y la bioseguridad que requieren los laboratorios en donde se manipula material contaminante y que puede ser perjudicial para la salud y, otro, que es de índole salarial. Son dos aspectos totalmente distintos.

En la Comisión de Salud Pública, lo que podemos estudiar y trabajar con las autoridades de Salud Pública y de ASSE es lo que tiene que ver con la bioseguridad de la estructura edilicia. Para todo lo que tiene que ver con el área salarial, hay una comisión específica del Parlamento, en la que uno puede hacer los reclamos pertinentes y tiene mecanismos que normalmente desde esta Comisión no manejamos. Hay un vínculo más directo de la Comisión de Legislación del Trabajo con el Ministerio de Trabajo, por lo que me parece que también sería bueno que solicitaran una entrevista en esa Comisión para plantear el tema específicamente de seguridad -porque también toca temas de seguridad laboral- y salarial.

De todas maneras, me parecen muy importantes las inquietudes que plantean. Esto pasa en laboratorios y en otras dependencias de una unidad asistencial.

SEÑORA PEIRANO (Vivián).- Quería aclarar que la Comisión de Legislación del Trabajo ya está al tanto de esto porque ya nos recibió y le dejamos el mismo material que a ustedes.

Sabemos que en otros lugares pasa esto, pero pensamos que no es tan grave como en nuestro caso. ¿Por qué? Porque nosotros hemos sido los rezagados: porque farmacia

tiene su plus, los administrativos también tienen su plus, los enfermeros lo tienen por el contacto directo por el paciente, pero los extraccionistas de los laboratorios también tienen contacto. Yo tengo una maestría en ciencia médica y hago estudios vaginales, faríngeos y también tengo contacto directo, pero nunca fuimos reconocidos. Y eso también se da en la parte de psiquiatría. Es decir que somos los únicos excluidos. Entonces, aprovechamos este momento para hacer estos planteos, porque es algo desconocido y la realidad es que siempre hemos sido rezagados.

(Ingresa a Sala el señor representante Federico Ruiz)

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Entiendo que es justo y entendible el reclamo. Así como, a modo de ejemplo, el personal de enfermería cobra un plus por el contacto con el paciente, como en block quirúrgico y en CTI cobran un plus por trabajar con pacientes críticos, por ser una situación de estrés, lo lógico es que ustedes, que trabajan en un laboratorio, lo cobren. Y está bien que ustedes pongan en conocimiento de los legisladores y legisladoras la problemática que tienen, pero lo que quiero trasmitirles es que este no es el ámbito para tratar ese tema. Eso lo deben plantear en otro ámbito, pero además lo deben trasladar al ámbito sindical, en el que uno plantea estar en determinadas categorías. Desde el Parlamento, es muy poco lo que podemos hacer en ese sentido, más que saber, trabajar y pedir explicaciones sobre las condiciones en las que están trabajando, porque falta un bomberito o lo que sea. En lo demás, es muy poco lo que podemos hacer, más que preocuparnos e interiorizarnos del tema.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quiero señalar que nos acompaña el diputado Federico Ruiz.

SEÑORA PEIRANO (Vivián).- También quería decirles que este tema no viene del año pasado sino desde antes.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Yo me refería al Período pasado; cinco años.

SEÑORA PEIRANO (Vivián).- Quiero decir que también nos presentamos en la federación.

El 14 de agosto del año pasado fuimos atendidos por la Comisión de Legislación del Trabajo y les dimos el mismo material que entregamos ahora. Llegamos hasta cierto punto, porque nos atendió el abogado de la federación, pero hasta ahí pudimos ir porque no conseguimos más nada por la parte gremial.

O sea que todo ha sido tocado; no hemos dejado ningún cabo suelto.

SEÑORA LUSTEMBERG (Cristina).- Quiero agradecer a Marlene y a Vivián su comparecencia.

Estudiamos el material proporcionado y los antecedentes, pues sabíamos que se habían presentado el 14 de agosto en la Comisión de Legislación del Trabajo, pero quería preguntar si han recorrido el ámbito sindical con las autoridades de ASSE

(Diálogos)

——Quería saber el recorrido que habían hecho y quizá con los diputados Malán y Ruiz podamos facilitar un ámbito de negociación con las autoridades de ASSE y la federación de funcionarios de salud pública. En este momento les estaba escribiendo para saber qué posibilidades hay en ese sentido.

También quería saber si esta asociación es de todos los laboratoristas clínicos del país o es de ASSE solamente.

Por último, quería decirles que, más que escucharlos nosotros y dar por válido y ver todos los elementos de riesgo, nos comprometemos a ser facilitadores en el ámbito de la Comisión de Legislación del Trabajo y con las autoridades de ASSE, en el marco de la rendición de cuentas o presupuesto, para ver, por lo menos, la viabilidad de ser escuchados, porque ahí sí los podemos representar.

SEÑORA PEIRANO (Vivián).- Como decía, ya hemos dado todos los pasos.

En ASSE nos atendió un abogado, pero todo quedó ahí. Él nos dijo que no conocía que existían estas carreras. Nosotras quedamos sorprendidas y ahí quedó la historia. Por eso, vinimos ahora, aprovechando este momento.

Les agradezco la oportunidad de permitir expresarnos y esperamos tener suerte.

SEÑORA PRESIDENTA.- Si le parece oportuno al resto de los integrantes, me gustaría que, como Comisión, nos comprometiéramos a hacer llegar, tanto la información que ya tenemos, que estamos manejando y le dimos estudio, como el material que nos van a dejar hoy, al Directorio de ASSE, porque sabemos que hay nuevas autoridades que quizás no están al tanto de los reclamos anteriores.

SEÑOR MALÁN CASTRO (Enzo).- En primer lugar, quería aclarar que las compañeras representan al sector a nivel país; no a Soriano, concretamente.

En segundo término, creo que ellas estuvieron hoy en dos comisiones, en la de Salud Pública y en la de Legislación del Trabajo, porque, como bien se dijo, son dos cuestiones distintas.

Como se decía, esta situación viene desde hace mucho tiempo. Siempre dijimos que el coronavirus puso en evidencia cosas que ya existían. Hablamos de la bioseguridad, de las precauciones con el tema del coronavirus y otras situaciones de contagio y accidentes laborales que ellas manifestaron. Entonces, estuvieron en la Comisión de Legislación del Trabajo, por un tema, pero está lo referido a las condiciones edilicias y la bioseguridad. Me parece bueno que, en estos tiempos en los que seguramente el Gobierno esté armando el presupuesto, lleguen las versiones taquigráficas a ASSE y a la Federación de la Salud, porque está lo que tiene que ver con la negociación colectiva, etcétera, y es importante que se hayan presentado en las dos comisiones para ir alertando sobre esto.

En tercer lugar, quiero agradecer especialmente a la presidenta, a la Comisión y a la secretaria por las gestiones para hacer coincidir la presencia de esta delegación en las dos comisiones en la misma mañana.

SEÑORA LUSTEMBERG (Cristina).- Quiero decir a las compañeras que consulté a Martín Pereira, presidente de la federación y leo lo que me contestó: "La Federación de Funcionarios de Salud Pública tiene en la plataforma la insalubridad y el año pasado se luchó por la equiparación del valor/hora con licenciados de enfermería, que es superior. Con ASSE habíamos acordado y después, por restricciones con el Ministerio de Economía y Finanzas, quedó para atrás".

Ahora él me va a pasar el celular del compañero de la Federación que tendrá la responsabilidad de la comisión de salubridad del trabajo para que pueda tomar contacto con ustedes, y así podemos ir haciendo de nexo de todas las formas posibles a fin de acercar a las partes.

SEÑOR RUIZ (Federico).- Antes que nada agradecemos el haber accedido a esta comparecencia en la reunión de esta mañana.

Nosotros nos reunimos en Flores, más precisamente en la ciudad de Trinidad, con los representantes de ASSE, ya que se ha decidido llevar todos los reclamos, conjuntamente con la diputada blanca de mi departamento, Laura Burgoa. Entendimos que los reclamos eran genuinos. Básicamente, hicimos acuerdo en un montón de detalles que tenían que ver con lo que estaban reclamando y creo que hacen bien las compañeras en venir a este ámbito, que es la caja de resonancia del país. Y como Comisión de Salud Pública, me parece bueno comprometerse a acompañar este camino que fue emprendido hace tanto tiempo para que finalmente puedan lograr los objetivos propuestos.

SEÑORA PEIRANO (Vivián).- Quería decir que el año pasado quisimos hablar en dos instancias con Martín Pereira y nunca fuimos atendidos. También quiero decir que la semana que viene va a haber un plenario de las comisiones internas y el séptimo ítem es "Insalubridad". Se ve que se enteró que nos empezamos a mover primero y es una buena nueva saber que se levantó y nos va a representar.

SEÑORA LUSTEMBERG (Cristina).- Agradezco a la presidenta porque teníamos este compromiso que ustedes destacaron, porque estamos en una situación particular. De hecho, hoy es la última sesión, pues vamos a suspender las sesiones hasta julio porque en esta Cámara se está tratándose la LUC. Pero como nos debemos a los ciudadanos, la Comisión con la Secretaría gestionó que ustedes vinieran.

SEÑORA PRESIDENTA.- Queremos reafirmar el compromiso de poner estos temas, así como la información que nos brindaron y esta versión taquigráfica en manos de las autoridades del Directorio de ASSE y la Federación de la Salud para que se le pueda hacer un seguimiento, esperando se puedan resolver los temas planteados.

Muchas gracias por la comparecencia y están las puertas abiertas para tratar los temas de interés de su agrupación.

(Se retira de Sala la delegación de Licenciados en Laboratorio)

(Ingresan a Sala integrantes del Movimiento de Usuarios de ASSE por el Proyecto de Instalación del Hemocentro Regional de Paysandú, acompañadas por el señor representante Juan Moreno)

——Tenemos el gusto de recibir integrantes del Movimiento de Usuarios de ASSE por el Proyecto de Instalación del Hemocentro Regional de Paysandú, doctora Sandra Pías Grecco y señora María Guerrero, a quienes cedemos el uso de la palabra para que realicen su exposición.

SEÑOR MORENO (Juan).- Quería agradecer que se haya recibido a esta delegación que tiene que ver con el hemocentro de Paysandú, movimiento que hoy está representado por estas dos señoras que tienen vasta experiencia, por lo que van a explicar bien la historia y el por qué estamos en este trabajo que, nosotros, como representantes nacionales del departamento, respaldamos y queremos llevar adelante para que este sueño se haga realidad.

Aunque no está presente por diversos motivos, quería agradecer a la diputada Nibia Reisch, que es miembro permanente, porque fue ella con quien contamos para canalizar este trabajo por la Comisión de Salud Pública y esperemos que todo llegue a buen puerto y este sueño se haga realidad, porque para nuestro departamento y la región es muy importante, a fin de que, próximamente, se trabaje de otra manera para la salud de todos los uruguayos. Y lo digo porque, más allá del primer regional, que es el de Maldonado, el norte del país está olvidado y para nosotros es muy importante trabajar por él, pero en definitiva, creo que esto es por el bien de todos los uruguayos.

Muchas gracias.

SEÑORA PÍAS GRECCO (Sandra).- Agradezco esta instancia de venir a exponer esto, que es un sueño abrigado por más de veinticuatro años.

Como decía el diputado, el norte también existe y a pesar de las carencias edilicias que hemos tenido a lo largo de estos años, nunca se ha descuidado ese bien preciado que es el paciente.

Acá tengo que explicar que la hemoterapia abarca un campo muy grande. Tenemos la fábrica que es el banco de sangre, que nos permite a través de esa materia prima, ese bien preciado, ese recurso finito, que es la sangre, hacer uso de la medicina transfusional y atender a un paciente.

Tengo que decir que, más allá de que me desempeño como médica especialista y encargada del servicio de hemoterapia de Paysandú, único en el departamento, vengo a responder por un grupo de gente que trabaja mancomunadamente, desde hace años, para brindar lo mejor y con total rigor científico.

¿Por qué pedimos ese hemocentro? Esto va enmarcado en lo que es la misión del servicio, que si me permiten, paso a leer: "El Servicio de Hemoterapia del Hospital Escuela del Litoral Galán y Rocha de Paysandú, presta asistencia sanitaria especializada, universal, integral, personalizada y longitudinal en régimen de urgencia, emergencia, ambulatorio y hospitalización, al Departamento de Paysandú y la Región, siendo históricamente el primer servicio de complementación público-privado del interior del país". Tenemos un único banco de sangre para una población de 112.000 personas, según el último censo de Paysandú. Indudablemente, presta servicios tanto al área pública como privada; hay un convenio de ASSE con Comepa, la prestadora de salud privada, que es histórico a nivel nacional.

Continúo: "Impulsa la investigación científica, desarrollando desde hace 35 años docencia y capacitación permanente, tanto técnica como médica de Pre y Posgrado, a través de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, de la Facultad de Medicina y Escuela de Graduados, teniendo en consideración los recursos hospitalarios y las políticas sanitarias departamentales y nacionales".

He sido docente para la carrera de Tecnología Médica, para la formación de tecnólogos y, además, tuve el orgullo de ser la primera egresada del posgrado de Medicina Transfusional por régimen del interior y hoy tenemos a cargo tres posgrados más formándose en el departamento.

Luego, dice: "Es Centro de referencia de Hemofilia y otras Coagulopatías al Norte del Río Negro, integrando" -hasta hace poco, porque el proyecto finalizó- "un Proyecto Internacional de la Novonordisk Haemophilia Foundation (Suiza) para el ámbito público-privado, en conjunto con el Hospital de Tacuarembó, la Asociación de Hemofilia del Uruguay y la Cátedra de Medicina Transfusional.- Desarrolla actividades de Extensión Universitaria, coordinadas a nivel interinstitucional (ASSE, MSP, IdP, UdelaR, CENUR, ANEP, COMEPA, MIDES, FFSP, Club de Leones Paysandú, FUCVAM, Asociación de Hemofilia del Uruguay), mancomunadamente con las fuerzas vivas de la sociedad, con el objetivo de satisfacer las expectativas y necesidades de la población.- Promueve la donación voluntaria y altruista de sangre con el fin de producir hemocomponentes, securizados y autosuficientes para la actual estructura funcional, con énfasis en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS)".

En cuanto a la ANEP, tengo que decir que soy el médico residente de ANEP en Paysandú. Hay un único médico por departamento y en realidad trabajamos con ese perfil

ampliado del médico certificador de ANEP desde hace años en lo que son ferias de salud urbanas y rurales, en las que se trabaja la comunidad toda en una optimización de recursos. En esto hemos ido a la promoción de la donación.

También debo decir que la hemoterapia tiene dos puntos críticos, uno es la inmunohematología, el estudio de los grupos sanguíneos y, por el otro, lo que es el estudio de las enfermedades transmisibles por sangre. A nivel de banco de sangre estudiamos siete serologías. Estudiamos VDRL, en búsqueda de una sífilis, HIV, HTLV 1 y 2, que es el virus linfotrópico humano, para Hepatitis B, tanto antígeno como anticuerpo, y para Hepatitis C. Y no solo estudiamos para Paysandú, sino también para Young. O sea que desde hace años somos regionales en ese aspecto. Y la regionalización de los servicios de hemoterapia tiende a optimizar uno de esos polos, que es crítico, que es la serología, que tiene un altísimo costo. Y nosotros tenemos el orgullo de tener el tercer equipo a nivel del país. Hay solo tres equipos de esa índole: uno lo tiene el homocentro de Maldonado, otro el Servicio Nacional de Sangre y el otro es Paysandú, que realiza serología. El resto de los servicios del país, generalmente, envía las muestras al Servicio Nacional de Sangre para hacer el estudio pertinente, lo que indudablemente retrasa la medicina transfusional y la posibilidad de subsanar las necesidades de los pacientes.

Además, participamos en el Programa de Intercambio de Sangre y Hemocomponentes con los Servicios de Salto, Río Negro, Soriano y Artigas y otros departamentos. Integramos el Plan de Preprocesamiento de Plasma Uruguay-Universidad de Córdoba, Argentina, por el cual se envía plasma, obteniéndose hemoderivados. Son productos derivados del plasma que tiene una industrialización y que ofrecen una mayor seguridad a la hora de ser transfundidos. Mediante esto obtenemos albúmina y factor 8 para transfundir a los hemofílicos e inmunoglobina para otros pacientes, que de otra forma se comprarían a un altísimo costo

Siguiendo con la lectura, dice: "Cuenta con un Programa de Control de Calidad interno y participa de dos Programas de evaluación externa de la calidad (Inmunohematología del SNS) y Enfermedades Trasmisibles con BIORAD (Argentina)".

También realizamos hemovigilancia, que es la valoración clínica y paraclínica de la efectividad de la transfusión y eventuales reacciones adversas.

Nuestro accionar siempre ha estado basado en los principios y valores de ética, vocación, compromiso, responsabilidad, dedicación, capacidad técnica y profesional, experiencia, calidad humana, trabajo en equipo, mejora continua de los productos y servicios, entre otros. Allí todos son egresados universitarios y trabajan con ese rigor científico, tratando de dar lo mejor, dentro de las carencias que tenemos.

Nuestra proyección es lograr la infraestructura edilicia porque ese banco de sangre fue creado hace más de cuarenta o cincuenta años para una población que era más pequeña y para un requerimiento de medicina transfusional mucho menor. Hoy hay mayores requerimientos, el paciente aprende más porque *googlea* y exige más. Es necesaria esa capacidad edilicia, y lo dicen los propios usuarios que reclaman; les voy a acercar un libro de sugerencias que tenemos en el que los donantes han escrito sus percepciones, además de un video que proyectaremos.

Entonces, lograr esa infraestructura edilicia y lo recursos humanos en cantidad y calidad para consolidarnos como Hemocentro Regional de Medicina Transfusional del Litoral que abarcaría Paysandú, Salto, Artigas y Río Negro, priorizando la relación médico-paciente y el binomio donante-receptor, con enfoque clínico en todos los niveles de atención.

En esto quiero detenerme. Desde 1996 todos venimos caminando a pasitos sucesivos hasta que esto se cristalice, y queremos destacar algo. Actualmente en cuanto a la optimización de recursos de hemocomponentes en el país existen el Servicio Nacional de Sangre y el Hemocentro de Maldonado; estoy hablando de la fábrica. Como dijimos la hemoterapia tiene dos grandes polos: la fábrica, la producción de sus hemocomponentes de la materia prima, y la medicina transfusional. Más que a un hemocentro, nosotros apuntamos a un centro de medicina transfusional que no descuide ninguno de estos polos que son importantísimos, de modo que podamos ver la relación que tiene una correcta asepsia del brazo a la hora de donar sangre. Sabemos que es importante una buena asepsia, porque con el calibre que tiene la propia aguja al cortar el bisel, un pedacito de piel va hacia la bolsa que queda con la conservación durante cuarenta y dos días, y si esto no lo hacemos correctamente puede ser fatal en un paciente.

No queremos descuidar ningún eslabón de esa cadena para dar los mejores resultados. Por eso apuntamos a un centro de medicina transfusional más que a un hemocentro solo fabricante.

Asimismo, desarrollar un programa sustentable de promoción de la donación incrementando el porcentaje de donantes voluntarios y fidelizados de acuerdo a pautas de la OMS que determina que el servicio que no tenga por año cinco mil donantes no es costo-efectivo. El año pasado terminamos con alrededor de dos mil setecientos donantes, y si sumamos como veremos en los números la región que abarcaría este hemocentro, llegaríamos y superaríamos esa cantidad. Los últimos datos -que enviamos mensualmente; se hace una estadística anual de todos los servicios públicos y privados del país, como lo establece el Servicio Nacional de Sangre- son de 2017 y prácticamente esa cantidad de donantes se duplicó.

Se está trabajando a nivel de toda la región y en cada lugar en esa promoción de donación voluntaria y altruista. La gente de a poquito -hay que desarrollar esa cultura en la población- va tomando conciencia, día a día son más jóvenes los que donan; celebran el día de su cumpleaños donando sangre.

Además, lograr un tratamiento específico de hemocomponentes y hemoderivados distribuyéndolos a los servicios en red garantizando un stock adecuado a las necesidades de la población. Disminuir el descarte de hemocomponentes y de traslados de pacientes, logrando un uso integral de la sangre, cumpliendo con la población y nuestra misión.

Esto quiere decir que el tema de donación quizá no está tan comprometido en Uruguay, la gente dona y responde, y que en lo que hay que hacer hincapié es en una correcta distribución para evitar esos descartes, porque sabemos que con el anticoagulante que viene en la bolsa preparada los glóbulos rojos nos duran cuarenta y dos días en la heladera, el plasma, la parte líquida que tiene factores de coagulación puede durar un año en freezer, a

- 35º hasta |-180º, y las plaquetas, la falencia en todos los bancos que también ayudan a coagular la sangre, solo cinco días. En este intercambio con los servicios que pasarían a integrar la región estaríamos optimizando esos recursos y ahorrando sin lugar a dudas desde el punto de vista sanitario.

Cuando hablábamos de la historia, cómo se fue generando, a nivel nacional empieza -creo que ustedes ya lo tenían en lo que fue la cronología hacia la concreción del Hemocentro Regional-, en 1996 se hace el primer proyecto de regionalización de los bancos de sangre de ASSE; se formó un grupo de trabajo que en aquel momento lo integraba la doctora Slepak, jefa de Servicio de Hemoterapia de Paysandú, ya jubilada.

A los diez años el doctor Andrew Miller, anterior director del Servicio Nacional de Sangre -hoy es la doctora Lourdes Viano- plantea un segundo proyecto de reorganización de los servicios de hemoterapia de ASSE.

Y luego, el 20 de octubre de 2009 -transcurrieron tres años- se crea en el interior el primer Hemocentro Regional de Maldonado.

Al 2012 pasamos con el primer documento, últimamente entregado, un proyecto preliminar de 2012 actualizado para culminar la regionalización de los servicios de ASSE. Este fue redactado por la actual dirección y subdirección del Servicio Nacional de Sangre, las doctoras Lourdes Viano y Laura Ucar, respectivamente.

Se evalúa toda actividad anual 2017 de los servicios de hemoterapia y bancos de sangre que pasarían a conformar la zona de influencia del centro regional, que como dijimos comprende una parte de Artigas -Bella Unión pasaría a otro sector-, Salto, Paysandú y Río Negro. Así fueron pasando los proyectos. Esto en cuanto a nivel nacional.

En lo local, tenemos veinticuatro años de sueños, pero de actividad ininterrumpida, no descuidando nunca las actividades inherentes a la hemoterapia, velando por la salud de todos los usuarios con cobertura tanto pública como privada.

A nivel local hubo múltiples elaboraciones de diagnóstico de situación del servicio de Hemoterapia de Paysandú que fueron trasmitidas a las direcciones sucesivas de las unidades ejecutoras sin solución.

Asimismo, se presentaron proyectos de mejoramiento del servicio inclusive de regionalización.

En dos oportunidades la Junta Departamental declaró de interés departamental la donación de sangre -en noviembre de 2005 y en noviembre de 2010-; y votadas por unanimidad, 31 en 31 sobre tablas.

Siempre tratamos de contagiar a esos donantes con algo diferente y haciendo colectas extramuros, por ejemplo en carpas del Ejército, en perezosos, en salones comunales. Esta vez, para darle un toque diferente hicimos tratativas con el hemobús de Maldonado, la primera vez que salía de la región, y se hizo un trámite ante ASSE. Y en una doble jornada de extracción -18 y 19 de noviembre de 2015-, habiendo trabajado previamente con talleres de promoción de donación, llevamos adelante la extracción de sangre a la gente universitaria.

Fuimos a la Escuela Nº 8 de práctica, muy cerca de plaza Constitución, donde se hicieron talleres de promoción de donación con afiches. Se culminó con una conferencia de prensa en la plaza Constitución estando presentes el director Grado 3 de la Escuela de Tecnología Médica, doctor Nilo Bentancor, el doctor Millán, el intendente actual, el director Departamental de Salud, licenciado Gorosterrazú, la directora del Servicio Nacional de Sangre, doctora Lourdes Viano y, por la prestadora de salud privada, el doctor Ricardo Pedoja.

En esa ocasión -16 de noviembre de 2015- todo el mundo decía que los astros estaban alineados. La población, donantes, pacientes bregaban porque la donación fuera una realidad. Al parecer estaban todas las autoridades alineadas para que esto fuera una realidad; bregábamos y acariciábamos la idea. Comenzamos ese día con una gran lluvia y lo terminamos con sol. Dijimos "dentro de poco nos toca", y seguimos.

Planteamos ese centro de medicina transfusional con una idiosincrasia sanducera porque la población del litoral es diferente a la de Maldonado y ni que hablar a la de la

capital, con una población que dejaba sangre, sudor y lágrimas, haciendo además recaudaciones a nivel departamental y de concienciación de la donación. Esta jornada fue acá.

Los días 18 y 19 de noviembre de 2015 se llevó a cabo una doble jornada de extracción descentralizada. El primer día se realizó la colecta en el CUP con sesenta y tres donantes voluntarios universitarios, un segundo día con una colecta en la plaza Constitución con cien donantes voluntarios, entre ellos diputados. Tenemos que destacar que es un proyecto con el color de la sangre, del corazón y que no es de nadie y es de todos, porque ¿quién a lo largo de su vida no va necesitar sangre? Para uno mismo, para un familiar o para quien fuere. Tenemos una especialidad tangencial que la vemos desde el nacimiento o previamente porque atendemos a la embarazada, al recién nacido y a veces lamentablemente tenemos que hacer los recambios de sangre con los conflictos y lo seguimos hasta el fin de sus días. La hemoterapia toca tangencialmente todos los rangos etarios.

Hablábamos de que es importante, y más ahora con la pandemia que aumentará la cantidad de camas de CTI, y en eso somos pro porque las camas de CTI en Paysandú son pocas. Pero el CTI lleva un 70 % de producción del banco de sangre, por lo que si esto no va acompasado del desarrollo de un banco de sangre no podremos solventar ese CTI aumentado.

Las diferencias sustanciales entre las estructuras de banco de sangre de hoy y lo que es un homocentro indudablemente aducen a aspectos económico-financieros, a un equipamiento diferente o al mayor número. Como verán luego en la presentación tenemos una única centrífuga de vasos para separar la sangre en sus constituyentes, tiene cuatro vasos. El otro día se jubiló una funcionaria. Esa centrífuga cumplió treinta años y está en perfecto funcionamiento por su gran cuidado. Todo el equipamiento del banco de sangre data de más de veinte años y está en perfecto funcionamiento porque la gente tiene sentido de pertenencia y cuida las cosas, pero obviamente tienen un vencimiento.

Los recursos humanos están ampliamente capacitados. Hay quince técnicos, aunque pocos médicos; hago estadísticas, atiendo pacientes, donantes, si se rompió algo, voy. Pero apostamos a esos tres posgrados que se están formando y que nos acompañen. Tenemos una planta física totalmente reducida, y cumplimos todas las funciones y más porque trabajamos en equipos interdisciplinarios. Planteamos nuevamente crear ese centro de medicina transfusional sin descuidar el binomio donante-receptor. Esto tiene que ver con los niveles de complejidad de los servicios de hemoterapia que van del nivel uno al cuatro dependiendo de la infraestructura de cada uno. Cuando se definieron los niveles de complejidad quedamos en un nivel dos, no llegamos al uno porque no hacemos aféresis, es decir separación de sangre mediante máquinas; ustedes vieron por el Covid la colecta de plasma convaleciente a través de esa máquina. Tenemos esa máquina y cayó en desuso porque el kit descartable no se fabrica más en nuestro país. Durante diez años hicimos tratativas y no obtuvimos la máquina que ni siquiera hay que comprarla porque va contra compra de insumos. Por eso no somos el nivel uno. Además, las colectas externas se redujeron porque requerimos de más personal.

Esto lleva a un desarrollo de nuevas estrategias porque la hemoterapia ha tenido una evolución vertiginosa y lo edilicio no nos lleva a acompasar todo eso. Tenemos que fomentar la cultura de la donación de sangre voluntaria y consciente en la comunidad, y en ese sentido ya empezamos a trabajar en las escuelas; hablamos con Robert Silva y con la directora de CEIP, Graciela Fabeyro, para incorporar esto de forma curricular junto

con educación vial, porque va de la mano. Lamentablemente, tenemos los flagelos de los accidentes de tránsito, que indudablemente requieren sangre. Llevará una reingeniería de todos los servicios para retener a esos donantes una vez que sean captados, porque si tenemos el hemocentro hay que llenarlo de sangre para llevar adelante todas las actividades.

Con esa autosuficiencia de hemocomponentes podemos decir que somos un servicio autosuficiente, prácticamente no pedimos sangre a otro servicio, sí cedemos. Esa autosuficiencia de hemocomponentes lleva a evitar que se posterguen tratamientos; raramente diferimos una cirugía lo que lleva a reducir los costos por una internación prolongada de pacientes en CTI.

Los puntos críticos de inmunohematología que ya vimos y el desafío diario de un soporte transfusional para distintos pacientes.

Ya mencionamos las serologías.

La relación costo-eficiencia de un banco de sangre que ya vimos que la OPS dice que aquel que no colecte cinco mil unidades anuales no es costo-eficiente.

Por lo tanto, todo lo expuesto apoya la necesidad de la regionalización en la producción, si bien deben mantenerse los servicios de hemoterapia, esto es importante porque no pretende cerrar los demás servicios, al contrario, van a colectar la sangre en sus lugares y haremos una redistribución.

Con la sangre que el paciente dona obtendremos sangre desplasmatizada -glóbulos rojos que después transfundimos a pacientes con anemia-, concentrado plaquetario, gran falencia, porque viven poco, entre tres a cinco días, y otro porque para lograr una dosis para un individuo estándar de 70 kilos, necesitamos entre seis y ocho donantes, frente a uno que lograríamos con la máquina que, reitero, cayó en desuso y no la tenemos.

Crioprecepitado es una concentración de plasma que tiene factor de la coagulación, y el pasma fresco -esto es importante-, un 30 % va a la transfusión de todo lo producido y un 70 % a la industria, como dijimos a la Universidad Nacional de Córdoba para obtener estos productos: inmunoglobulina, albúmina y factor VIII para distribuir entre los pacientes.

Fundamentación: fortalecer el sistema de los servicios de ASSE, crear un programa sustentable de la promoción de la donación, lograr un tratamiento específico de hemocomponentes y hemoderivados distribuyéndolo en todos los servicios.

SEÑORA GUERRERO (María).- Agradezco la atención de la Comisión.

Soy usuaria de ASSE. Agradezco al señor diputado por acercarnos a este lugar; hacía cinco años estábamos esperando este momento para presentar el proyecto. ¡Cinco años, señora presidenta! Hoy lo logramos.

Estoy más que emocionada porque necesité mucha sangre. Cuando la doctora me dio de alta me contó sobre el proyecto decidí unirme a él. Y empezamos a caminar, usuaria, ama de casa con el corazón hacia el hemocentro.

Digo esto porque cuando necesité mucha sangre la población me la dio. Entonces sentí que me debo a la población y me puse el proyecto al hombro. ¡Cinco años esperando este momento! Hoy quiero agradecerlo para mí y para quienes están detrás de mí, usuarios que necesitan ese espacio físico que Paysandú no tiene porque es un lugar muy reducido en el que no pueden estar más de tres donantes. Como verán luego en el video, el lugar en el que la doctora y sus funcionarias están trabajando no es adecuado para desarrollar esa función, nada más ni nada menos que trabajar con sangre, nuestra

vida. Ellas trabajan en un lugar muy reducido, con muchísimas falencias. Y esto no viene de ahora, de un mes ni dos, esto viene desde hace años.

Cuando la doctora me dijo eso, golpeamos puertas y nunca podíamos llegar, y hoy llegamos.

Verán las imágenes y corroborarán lo que les estoy diciendo, un banco de sangre en Paysandú donde se llovía. Un día, la doctora puso un latón en el escritorio porque se llovía. Las imágenes hablan.

Es un lugar donde no hay alcohol. La doctora necesita 4 litros por día y le dan 2. ¡No hay alcohol! ¡Nos dejaron sin alcohol!

Es muy doloroso entrar al banco de sangre de Paysandú, porque vemos humedades, falencias estructurales; es muy chiquitito, donde hay una cocinita para lavarse las manos, comer y permanecer los funcionarios, y donde los usuarios tenemos que pasar. La doctora nos hace una entrevista y todo el mundo escucha lo que hablamos.

El banco de sangre es chico. Mientras la doctora hablaba observaba que este lugar donde estamos ahora es más grande que donde ella trabaja.

Como usuaria y porque necesité sangre defiendo este proyecto; lo defiendo solamente como usuaria y para el bien del usuario, la población y la región.

Las imágenes hablan solas y corroborarán lo que yo digo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Gracias por el testimonio.

SEÑORA PÍAS GRECCO (Sandra).- El hemocentro abarcaría esta población que les señalo. Según el último censo son 356.391 habitantes. Los donantes de sangre que concurrieron para esa región del total de Uruguay en 2014 fueron 126.580 personas, el 3,91 % de la población. Y según la OMS debería ser entre el 4 % y 5 %. Los donantes voluntarios representan el 47 %, relacionados; los donantes vinculados generalmente a clubes de donantes, 44,40 %, y exigidos, 7,07 %.

El total de las unidades de sangre extraídas fue de 126.580, pero no todas son aptas para transfusión. Obviamente se hace una entrevista médica con una serie de ítems y hay rechazos médicos; la entrevista médica la hace el médico, el único que hay y que tiene que atender a los pacientes.

El stock ideal que debe tener un banco de sangre regional en hemocomponentes no debe ser inferior a las necesidades de tres días ni superior a las de siete días.

La distancia óptima del hemocentro para el traslado no debe ser mayor a 200 kilómetros o de dos horas. Imaginen que estaríamos cerquita y con una ubicación privilegiada en cuanto a rutas. Indudablemente que somos además el sembradero de recursos humanos.

Los hemocentros que existen son el metropolitano que abarca Montevideo y Canelones con ocho servicios de transfusión -población objetivo-; nuestro litoral abarcaría Paysandú, Salto, Río Negro y Artigas con cinco servicios de transfusión siendo esta la población objetivo. En su momento cuando se hizo este proyecto en 2012 se planteó que fueran cinco centros regionales: además de los mencionados, el del norte que abarcaría Tacuarembó, una parte de Artigas -Bella Unión es nuestra- y Rivera, el del oeste -está en *stand by-,* y el del este que se fundó en 2009.

El costo-efectivo de la actividad de los servicios que pasarían a integrar la regional -en 2014 se atendieron a 5.553 en total- sería por unir fuerzas. Pero estos valores se duplicaron a 2017.

En cuanto los descartes, si hacemos una optimización y envío de sangre dentro de los demás departamentos no serían necesarios. Si la sangre desplasmatizada no fue utilizada en cuarenta y dos días debe descartarse porque sus componentes pierden viabilidad. Y la gran falencia de los bancos de sangre, los concentrados plaquetarios que solo viven cinco días, a veces los terminamos tirando porque no es viable y si justo llega un paciente hematológico, nos lamentamos. En total fueron 2.051 descartes.

El informe del empleo del plasma fresco en 2014 fue de 1.328 unidades de plasma fresco que con ese intercambio que hacemos con la Universidad Nacional de Córdoba representan 292 frascos de albúmina, 154 de inmunoglobulina y 13.280 unidades de factor VIII para los hemofílicos. Sabemos que 500 unidades cuestan alrededor de $ 10.000. ¡Cuánto se hubiese ahorrado sin esos descartes!

El índice de donaciones es del 1,7 %, muy alejado del que debe ser para el país, 3,91 %.

En cuanto a la planta física se pretende un área de atención y circulación pública con las características que deben tener las paredes, acceso restringido y circulación exclusiva del personal. Hoy todos entran y salen por el mismo lugar, hay un único baño para usuarios que tenemos que llevar al servicio de rayos porque no tienen el servicio y para el personal; un área administrativa, dos consultorios, porque hay un único consultorio y es el cuello de botella, lo que lleva a una demora.

Desde el año pasado teníamos pensado implementar la agenda de donantes que van con hora a donar, pero con el Covid nos dio un empujoncito y estamos atendiendo a un donante cada media hora para evitar las aglomeraciones lo que ha sido muy bien visto por los donantes, para optimizar una sala de espera, un pasillo que verán.

La sala de hemodonación para atender a seis donantes, una sala de atención a donantes con reacciones adversas. Si un donante se descompensa, se desmaya, sufre una convulsión aquel que dona por primera vez ve todo, así como al hemofílico que viene a tratarse. Como decía María no hay privacidad y además hacemos consejería en el caso de las enfermedades trasmisibles.

Vamos a mostrarles el video.

(Se proyecta un video)

——Esta es la única centrífuga de bolsas del Uruguay que tiene tapa.

Se muestra la sala de inmunohematología que no está compartimentada.

Así se trabaja en Paysandú, con total rigor científico pero no tenemos lo demás.

Vienen estudiantes.

En esta parte seguimos con el servicio.

Se muestra un freezer familiar.

Aparece la sala de donantes.

Ese día se jubilaba la funcionaria que les mencioné.

El chiquito que se muestra es un paciente hemofílico.

Donantes securizados; cuarenta y cinco donaciones.

SEÑORA PRESIDENTA.- A los efectos de que los integrantes de la Comisión podamos hacer un intercambio, les propongo que todo el material que manejen lo hagan llegar a la Secretaría de la Comisión e inmediatamente nos llega a todos.

Agradecemos la presentación extensa que logró trasmitir la realidad que se vive.

Entendemos las necesidades que desde el punto de vista profesional se plantean, y también desde la experiencia vivida; fue un testimonio muy enriquecedor para complementar la parte técnica.

Importantísima la visita. Las puertas de esta Comisión están abiertas.

SEÑORA LUSTEMBERG (Cristina).- Agradecemos la gentileza de cambiar la visita para hoy porque la habíamos postergado.

Contamos con poco tiempo porque la Cámara está discutiendo el proyecto de ley de urgente consideración por lo que decidimos con gentileza de la presidenta y la secretaría y en acuerdo con los diputados de todos los partidos políticos, priorizar recibir a las delegaciones porque es nuestra responsabilidad y no seguir posponiendo. Agradecemos también que nos disculpen por el escaso tiempo de que disponemos.

Leímos todo; tengan la certeza la colega Sandra Pías y la señora María Guerrero que leímos el material, la historia.

Durante dos años -2015 a 2017- fui subsecretaria del Ministerio de Salud Pública, y conozco la lucha de muchos años del servicio y del hospital de Paysandú. Cuando uno lo recorre -antes de venir leí los dos proyectos-, sabemos que pese a todo lo que se invirtió en ese hospital y en la red de atención de primer nivel en estos años, ha sido un reclamo que vi en la persona del licenciado en enfermería, Juan Gorosterrazú. Puedo decirles que durante el tiempo que permanecí en esa Cartera, Juan como exdirector Departamental de Salud fue un defensor de este proyecto. Recuerdo hablarlo en esa época con la doctora Lourdes Viano, directora del Servicio Nacional de Sangre. Conozco la lucha de ustedes como funcionarios, usuarios, luchas de movimientos sociales, de asociación de pacientes. Ha sido un departamento que logró movilizar todas las bases sociales con el sentido de pertenencia que tiene Paysandú.

Si no estoy equivocada y con la anuencia de la Presidencia nos comprometemos a trabajar con el Directorio de ASSE, y después vemos cómo seguir adelante con este proyecto. La señora diputada Cecilia Bottino también trabajó en este proyecto, y cuando en estos días le comenté al respecto sé que además tiene una reunión con el subsecretario de Salud Pública a quien va a trasmitirle la preocupación.

Corríjanme en la respuesta las invitadas, pero el predio fue donado por el hospital de Paysandú. Sé que el expresidente, Marcos Carámbula había comprometido un presupuesto.

SEÑORA PAÍS GRECCO (Sandra).- Cuando se hizo el proyecto fue valuado en US$ 1.150.000; se planteaba la escala del hemocentro de Maldonado, considerando la población. Se proyectaba construir un centro de 700 metros cuadrados. El predio fue cedido un 14 de junio, el Día Mundial del Donante de Sangre. Además, en el video -que no pudimos pasar, obviamente- aparece el momento en que se coloca ese cartel, que todavía delimita el predio. Eso va a permitir que el donante ingrese por una zona totalmente externa al hospital, considerando que es un individuo sano y que no tiene por qué atravesar el nosocomio.

SEÑORA LUSTEMBERG (Cristina).- Aclaro que el compromiso existe. Ahora, le escribí al señor presidente actual de ASSE. Nuestra Comisión escucha la voz de los ciudadanos y hace los reclamos a quienes tienen las competencias.

Según el marco presupuestal, estaba la idea de hacer la inversión en el predio de Paysandú para el CTI. También contábamos con la colaboración de la Intendencia de

Paysandú, que creo que colaboró en diferentes acciones como el resto de las organizaciones sociales y sindicales de ese departamento.

Trasladaremos -junto con la señora presidenta- esta inquietud para que realmente se pueda concretar y desarrollar un polo regional. Tenemos estudiado que esto va a fortalecer la tecnicatura en ese departamento, como lo has señalado como docente. Creo que más allá de que esté en el subsector público, fortalece la integración del Sistema Nacional Integrado de Salud con capacidad regional en esa zona del litoral norte del país.

SEÑORA GUERRERO (María).- Agradezco a la señora diputada todas sus palabras hacia nuestro departamento. También quiero agradecer que trasmita a nuestra señora diputada, Cecilia Bottino, que nosotros estamos, estuvimos y vamos a seguir estando. Por ello al comienzo dije que esperamos cinco años para estar acá.

SEÑORA PRESIDENTA.- Nos comprometemos a trasmitir toda esta información a las nuevas autoridades del directorio de ASSE. Me parece importante hacerles llegar esta información para darle tratamiento.

Esperamos un buen resultado.

Agradezco al señor diputado Juan Moreno por acercarnos un tema tan importante.

Las puertas de esta Comisión están abiertas para todo el país y el interior es muy importante que tenga esta oportunidad de intercambio.

(Se retiran de Sala integrantes del Movimiento de Usuarios de ASSE por el Proyecto de Instalación del Hemocentro Regional de Paysandú)

(Ingresan a Sala autoridades de la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos)

——La Comisión tiene el agrado de recibir a una delegación de autoridades de la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos, integrada por las doctoras Adriana Della Valle, Alejandra Sosa y Rita Rufo.

La idea es discutir sobre el proyecto que ingresó a nuestra Comisión relativo a la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.

Nos acompaña también, como delegado de sector, el señor diputado Álvaro Dastugue.

SEÑORA DELLA VALLE (Adriana).- Soy la presidenta de la Sociedad de Cuidados Paliativos y, junto con las doctoras, venimos en representación de dicha sociedad.

Voy a hacer una muy breve presentación, primero que nada sobre el proyecto de ley presentado por el señor diputado Ope Pasquet relativo a la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.

Creemos que esta iniciativa no protege, genera ni garantiza ningún derecho a ningún paciente. Lo único que genera es el derecho al médico a cometer homicidio. Por lo tanto, desde la perspectiva bioética y normativa, creemos que tiene errores conceptuales muy severos que trataré de explicar de forma breve, técnica y científicamente desarrollados.

El artículo 1º del proyecto de ley presentado por el señor diputado Ope Pasquet, dice: "Está exento de responsabilidad el médico que, actuando de conformidad con las disposiciones de la presente ley y a solicitud expresa de una persona mayor de edad, psíquicamente apta, enferma de una patología terminal, irreversible e incurable o afligida por sufrimientos insoportables, le da muerte o la ayuda a darse muerte". Esta disposición

está centrada en el médico; no está centrada en el paciente ni en su derecho a tener acceso a un proceso de vida y de muerte digna.

Por otra parte, ¿qué es para el doctor Ope Pasquet "afligida por sufrimientos insoportables"? ¿Qué es? ¿Un joven de dieciocho años que acaba de perder un examen en la facultad? ¿Una madre a quien se le acaba de morir un hijo? ¿Un adicto que acaba de perder todo en la vida? ¿Qué es "afligida por sufrimientos insoportables"? ¿Qué es una persona psíquicamente apta? ¿Quién lo define? ¿Un psiquiatra forense o el médico dermatólogo que está haciendo guardia en Fraile Muerto? ¿Quién es? Entonces, permítaseme decirles que estamos muy movidos con estos temas.

El artículo 2º, dice: "El médico cuya intervención se solicite y considere que el solicitante se encuentra en las condiciones indicadas en el artículo 1º de la presente ley, deberá recabar una segunda opinión al respecto, firmada por otro médico con quien no tenga vinculación familiar ni contractual alguna, ni se encuentre subordinado a él de ninguna manera.

El médico" -nuevamente- "que haya de aportar la segunda opinión examinará personalmente al sufriente. Su diagnóstico hará precisa referencia a los estudios, análisis, etc., que lo fundamenten, y en él se hará constar que se expide a los efectos previstos en esta ley". Se habla del médico, otra vez. ¿Qué médico? ¿Con qué especialidad? El segundo médico ¿quién es? ¿Lo provee la institución? ¿Lo provee el paciente? ¿Le pide a un amigo? ¿Quién es el otro médico? ¿La institución qué dice acerca de esto? ¿Quién lo provee? ¿Puede ser cualquiera? ¿Cualquier médico de cualquier especialidad? ¿Conoce al paciente o no?

El artículo 3º, expresa: "El médico" -otra vez; el paciente brilla por su ausencia- "cuya intervención se solicite dialogará con el solicitante para cerciorarse de que conoce y comprende su situación y de que la voluntad de poner fin a su vida que manifiesta es libre, seria y firme". Acá, quiero señalar lo siguiente. Un paciente con una enfermedad terminal irreversible e incurable no es libre de tomar una decisión porque está vulnerado en sus derechos puesto que está sufriendo. Si no se otorgan a ese paciente las garantías y el derecho de tener un proceso digno con el equipo que le corresponde -los equipos de cuidados paliativos y para lo cual nosotros nos especializamos, algo que nos costó mucho-, esa persona está vulnerada y no es libre de tomar una decisión.

Prosigue: "El médico le informará acerca de los tratamientos terapéuticos o paliativos disponibles" -los tratamientos, pero no los equipos ni los cuidados paliativos- "y sus probables efectos; todo ello de manera veraz, completa y comprensible para la persona que reciba la información.

Por lo menos quince días después de la primera entrevista […]" ¿O sea que está afligida por un sufrimiento insoportable en una patología terminal y quince días después lo dejo sufriendo de esa patología espantosa, queriéndose morir? ¿Lo dejo quince días? ¿Haciendo qué? ¿Qué le ofrezco a ese paciente? No lo dice.

Prosigue: "[…] deberá realizarse una segunda, para establecer si se mantiene la voluntad ya expresada.

El médico" -otra vez- "dejará constancia escrita de la realización de cada una de las entrevistas, anotando sus fechas y relacionando sucintamente el tenor de cada conversación. Si estuviere en condiciones de hacerlo, el solicitante de la intervención firmará las constancias; si así no fuere, otra persona, mayor de edad y que no sea dependiente del médico, firmará a su ruego". O sea que no damos al paciente tampoco el derecho de elegir quién es, porque tiene que ser otra persona. Entonces, no puede ser el médico que el paciente elija, sino el profesional de la institución, que tampoco puede

oponerse porque no tiene derecho a hacerlo; lo tiene que dejar escrito quince días después de un sufrimiento insoportable.

Continúa: "Las constancias escritas podrán sustituirse por el registro audiovisual de las entrevistas". Disculpen, pero hay un criterio de confidencialidad -hay varios médicos en esta mesa-, y eso no se puede hacer. No se puede dejar registro audiovisual ni centrar una ley con el nombre y apellido de un paciente; no está bien éticamente.

El artículo 4º, dice: "Transcurridos no menos de tres días" -ya pasaron quince; si sumamos tres días más vamos dieciocho- "desde la realización de la segunda de las dos entrevistas indicadas en el artículo 3º de la presente ley, la persona que persista en su voluntad de poner a fin a su vida lo declarará y hará constar por escrito ante dos testigos, de los cuales uno, por lo menos, no haya de recibir beneficio económico alguno a causa de la muerte del declarante". Por lo tanto, los familiares directos no podrían ser testigos. ¿Quién es testigo de una persona que no tiene familia? ¿El vecino, el amigo, el médico, la tisanera de al lado porque el hombre no tiene a nadie? No se especifica.

Prosigue: "Si el declarante no pudiere firmar, lo hará a su ruego uno de los testigos". ¡Muy bien!

Continúa: "El médico no puede ser testigo; tampoco pueden serlo sus familiares, ni sus dependientes". ¿Quién firma? ¡Vayamos a la realidad!

Dice: "La declaración quedará en poder del médico". ¿Y del familiar y del paciente? Esto no es del médico; esto es de la persona, ¿no?

El artículo 5º, expresa: "La voluntad del sufriente de poner fin a su vida es siempre revocable. La revocación no estará sujeta a formalidad alguna y determinará el cese inmediato y la cancelación definitiva de los procedimientos en curso". Muy bien. ¿Y si el paciente tiene un tutor? ¿Y si el paciente no puede y lo dejó como tutor? ¿Está a cargo de él? ¿Mantenemos la opinión y lo dejamos a cargo del tutor? ¿O lo dejamos a la subjetividad del otro médico? ¿Qué pasa si un médico dice que sí y otro que no? ¿Quién define si el primero dice que sí y el segundo que no? ¿Qué pasa? No se especifica.

El artículo 6º, expresa: "El médico" -de nuevo- "que suministre a una persona los medios de quitarse la vida o le facilite el acceso a ellos, deberá asegurarse de que los use exclusivamente sobre sí misma y será responsable de las consecuencias que se produjeren si así no lo hiciere". Como ven, no hablamos mucho del paciente en este artículo. Además, hay un error de concepto porque siempre se está refiriendo al suicidio asistido; no habla de la eutanasia, que es diferente. Ese es un error conceptual bastante importante.

Tampoco especifica qué medios suministra. ¿Cuáles son los medios? ¿Quién los provee? ¿La institución o el paciente? ¿Los tiene que comprar? ¿La familia, el tutor, el segundo médico, el testigo? Básicamente, el médico no tiene que estar, pero es responsable de que los use para sí mismo. ¿Y si no es para él y es para la esposa, para el hijo, para el amigo o para el vecino?

El artículo 7º no tiene desperdicio, y dice: "Producido el fallecimiento, o una vez que se entere del hecho si no estaba presente cuando se produjo, el médico lo comunicará de inmediato a la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del Ministerio de Salud Pública, adjuntando los antecedentes que acrediten el cumplimiento de las etapas del procedimiento establecido por la presente ley". ¿Después de que mataste a alguien -al menos dieciocho días después- le vas a llevar a la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del Ministerio de Salud Pública, diciendo: "Acabo de matar un paciente, pero cumplí con las reglamentaciones"? ¿Y

antes? ¿Y los derechos del paciente? ¿Y la calidad de la asistencia? ¿Se hace autopsia? ¿Cómo se considera esto? ¿Es un homicidio? ¿Es un suicidio?

Solo queremos decirles que esta es una visión compartida por toda la asamblea de socios de la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos. Cabe aclarar que cuidados paliativos es una especialidad multidisciplinaria. Nosotros somos un equipo médico que se formó para esto: médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales. Los pacientes no son solamente el dolor. Si tiene dolor, por favor dígame porque, seguro, se lo puedo calmar. Esa no es una causa para pedir que maten a alguien.

¿Qué podemos hacer ante esto? La Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos, en asamblea general, aprobó una ley de cuidados paliativos integrales, y hoy se la traemos a ustedes porque nos parece que es una alternativa no porque vayan de la mano los cuidados paliativos con la eutanasia, porque no es así; son cosas diferentes, se contraponen. ¡Por favor, entiendan eso! De todos modos, creemos que las leyes que hay en Uruguay que mencionan los cuidados paliativos no están reglamentadas, no se cumplen. Las instituciones no están obligadas a tener equipos de cuidados paliativos, y no los tienen. Solamente treinta y dos instituciones en Uruguay tienen cuidados paliativos para niños. ¡Treinta y dos! Y solamente el 59 % de los adultos tenemos acceso a los cuidados paliativos, es decir, a lo que hay de cuidados paliativos porque tampoco hay equipos puesto que no está reglamentado. Esto es lo que traemos hoy a ustedes, para que apartidariamente esto pueda salir.

SEÑORA SOSA (Alejandra).- Soy médico especialista en oncología clínica y especialista en cuidados paliativos.

Reafirmo todo lo dicho por la doctora Della Valle. Esto fue algo que discutimos en las asambleas de la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos y en distintos foros no solo de la Sociedad, sino también junto con la Cátedra de Bioética de la Facultad de Medicina. Por ejemplo, ayer participamos en un foro que hubo con el Colegio Médico del Uruguay.

Como verán, al documento que trajimos se anexa una carta de apoyo al Uruguay porque, hoy en día, está siendo objeto de una visión no solo de los uruguayos, sino de Latinoamérica. La Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, enterada de este proyecto de ley, se preocupó muchísimo porque Uruguay esté en este momento tan especial evaluando la posibilidad de tener un proyecto de eutanasia y de suicidio asistido, cuando es reconocido por todas las autoridades de Latinoamérica que nuestro país ha ido evolucionando, quizás no tanto como hubiésemos querido, pero hubo avances.

Es una realidad lo que dice la doctora Della Valle. Lamentablemente, no todos los ciudadanos de la República Oriental del Uruguay tienen acceso a los cuidados paliativos. Como saben, el acceso a los cuidados paliativos está restringido, en su mayoría, a los habitantes de la capital. El interior -como en muchas otras cosas- está totalmente desprotegido; lamentablemente es así. En la niñez esto es mucho peor. En cuanto a los neonatos, la doctora Rita Rufo -además de ser especialista en bioética es neonatóloga- puede señalar que están totalmente desprotegidos de tener cuidados paliativos. Parece que el niño no sufre, pero también sufre y muchísimo.

Los cuidados paliativos no solo implican el acompañamiento de la persona enferma, sino de su grupo familiar. Cuando no hay familia -muchas veces no la hay-, al cuidador principal. Se busca brindar cuidados paliativos al paciente y su familia o al cuidador.

Además de todas las aclaraciones realizadas por la doctora Della Valle -no vamos a repetirlas porque sería redundante-, cuando hablamos de enfermedades con patología terminal debo señalar que es un término que ya no se usa pero, para discutir, podría ser

vista como tal: irreversible, incurable. Estamos hablando de enfermedades -hay médicos que forman parte de esta Comisión- como la diabetes, es una dolencia crónica, incurable e irreversible, pero controlable. También podemos hablar de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los chicos que nacen y que viven -afortunadamente al día de hoy- muchísimos años con cardiopatías congénitas, con múltiples operaciones.

Nuestra Sociedad -como dijo la doctora Della Valle; debe quedar bien claro- está totalmente en contra de la eutanasia y del suicidio asistido. No puede ser jamás visto como un escalón antes de llegar a esas medidas. Cuidados Paliativos está para acompañar a una persona que se encuentra frente a una enfermedad que amenaza su vida, que la limita; la ayuda a transitar ese proceso desde el diagnóstico hasta sus últimos días de vida con un abordaje integral, "biopsicosocial" y espiritual para el paciente y la familia. Procuramos que, llegado el momento y el proceso de morir, el paciente tenga la oportunidad y la garantía de que puede hacer lo que nosotros decimos en base a la maestra de cuidados paliativos que tuvimos como precursora, Cicely Saunders, en el Reino Unido hace cuarenta años. Queremos que el paciente, en los últimos momentos de su vida, pueda dar gracias por haber estado en esta vida, agradecer a la familia y a los que tuvo al lado por haberlo acompañado y pedir perdón si se equivocó; todos nos equivocamos en nuestras vidas y es bueno tener la oportunidad de pedir perdón. También está el hecho de decir: "Te amo", algo a lo que no estamos muy acostumbrados en nuestra sociedad y en el mundo, y despedirnos.

Muchas veces, la enfermedad no nos cierra puertas, sino que nos las abre para que podamos decir varias cosas: "Gracias", "Perdón", "Te quiero" y "Adiós". La idea es dejar una familia sana, sin provocar duelos patológicos. Si hay duelos complicados cuando una persona fallece de forma natural, ni me quiero imaginar los duelos complejos que podríamos llegar a tener en nuestro país si se aprobara una ley de eutanasia y suicidio asistido. ¿Cómo van a quedar esas madres, esos padres, esos hijos después de tomar esas decisiones? Obviamente, tampoco quiero imaginar la salud del colega que vaya a tomar esa decisión.

Además, el doctor Ope Pasquet no habla específicamente del proyecto de ley, pero es público -quizás alguno ya haya participado de los foros en los que el señor diputado puso de manifiesto este proyecto de ley- que esta iniciativa abarca la eutanasia y el suicidio asistido preventivo. Si una persona tiene antecedentes familiares de, por ejemplo, una enfermedad neurológica como el Alzheimer o posee cargados antecedentes de cáncer -como no quiere llegar a tener Alzheimer o cáncer, o es diagnosticada en etapas precoces de un cáncer que está en un estadío cuatro, que ya tiene metástasis, o de un Alzheimer-, se le da la opción preventiva de tomar la eutanasia como camino. Sin duda, para la salud es mucho más barato matar a un paciente que darle un equipo que lo atienda de manera integral.

Además, el Ministerio de Salud Pública -en estos quince años- implementó un Plan Nacional de Cuidados Paliativos y dictó ordenanzas para avalar el derecho a tener cuidados paliativos, aunque no fueron reglamentadas. Hace dos años, cuando estuvimos en la Comisión de Salud Pública del Parlamento, la doctora Mónica Xavier nos decía: "Yo recuerdo que nosotros votamos una ley de cuidados paliativos". Sí, la votaron, pero -como decía ella- a veces nos olvidamos de ver si está reglamentada. Al no estar reglamentada la norma, actualmente, los cuidados paliativos no es un derecho que tiene garantizada toda la población nacional.

SEÑORA RUFO (Rita).- Soy integrante de la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos, pero no quiero que nos vean como una organización, sino que venimos a pedir por todos los uruguayos. Por ello es que queremos presentar un proyecto

de ley de forma apartidaria, porque nos parece que todos tienen que estar representados allí. Si fuese presentado por un partido -sobre el que podemos coincidir más o no- ofendería a algunos de los uruguayos y, para nosotros, todos los pacientes son iguales. Muchas veces, nuestros pacientes están en el peor momento de su vida. Creo que no hay peor momento que perder un hijo o ver a su hijo enfermo.

A veces, me toca ver morir antes de nacer, y los cuidados paliativos tienen mucho para hacer allí, pero no se reconoce, no nos dan las herramientas para hacerlo adecuadamente. Entonces, vemos que hay algunas encuestas que pueden confundir a la población porque no hablamos de eutanasia sí o de eutanasia no. Estamos hablando de un proyecto que no garantiza la dignidad en el proceso de morir. Para morir dignamente uno tiene que vivir el proceso dignamente, vivir dignamente hasta el final.

Idealmente, puedo decir que la persona va a ser autónoma en ese momento como para decidir. Si alguien estuvo enfermo alguna vez, dígame si era autónomo para decidir ciertas cosas, cuando uno ve que todo es horrible y que no tiene herramientas para saber que ese sufrimiento se puede vivir de otra manera.

A raíz de este tema, me he encontrado con muchas personas que tienen duelos de padres fallecidos que aún hoy lo sufren y que cuando habla con nosotros, nos dicen: "A mí nadie me explicó eso. Nadie me explicó cómo acompañar a mi padre a través de una sedación paliativa mientras se estaba muriendo de su enfermedad y no de la sedación". Hace poco tuve que dar una charla y una compañera me llamó para decirme: "Hace treinta años y ahora te vengo a dar las gracias por entender lo que pasó".

Creo que los cuidados paliativos también podrían dar respuestas a la gente que tuvo malas experiencias. Efectivamente, porque los cuidados paliativos no son reconocidos ni valorados por las instituciones; no se dan las herramientas adecuadas. Entonces, hacemos lo que podemos. No siempre podemos llegar a todos y tampoco somos perfectos. Eso lo lamentamos, sabiendo que tenemos herramientas muy buenas para ayudar al que sufre. Evidentemente, no podemos eliminar el sufrimiento, pero tenemos muchas herramientas para ayudar y para acompañar ese final de vida.

Queremos representar a todos los uruguayos; queremos que cada uno tenga una muerte digna. Sin embargo, pretendemos que el proceso de morir sea digno. Debe tener todas las garantías; debe tener las herramientas para que la persona que sufre sea atendida debidamente. A pesar de todas las herramientas que tenemos puede elegir morir de otra manera, pero no sin antes garantizar esta etapa y la adecuada atención al sufrimiento de la persona. Para mí, antes que nadie está la persona.

Entiendo que el doctor Ope Pasquet tenga la intención de dar a la persona la debida autonomía, pero se olvidó de garantizarle ese proceso. No puede solo defenderse al médico. Es la primera vez que los médicos, con una norma que nos favorece, estamos desconformes; eso no nos garantiza nada. No nos garantiza que el paciente muera dignamente. Además, no tiene en cuenta a la familia, a los hijos ni a nadie. Los médicos también somos seres humanos. Los médicos también enfermamos y sufrimos. Y también sufrimos con la muerte de un paciente. Yo creo que esta no es la forma. Este proyecto de ley no representa a ningún uruguayo en mi manera de ver las cosas.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Debo decir que estoy absolutamente de acuerdo con todo lo expuesto por mis colegas.

Desde el primer momento en que tuvimos contacto con el proyecto de ley y le dimos una rápida lectura sin analizarlo, de entrada, sabíamos que no estaba focalizado en el paciente ni en las familias. Como bien dice el artículo 1º, exclusivamente, está pensado

para el médico. En tal sentido, comenzamos a analizarlo y mantuvimos reuniones con ustedes, abriéndonos mucho más la cabeza.

No estamos de acuerdo con la redacción actual de este proyecto de ley, más aún con el análisis que hicieron y el que podemos hacer nosotros desde el punto de vista legislativo. Eso no quiere decir que no estemos abiertos a estudiar, por ejemplo, el proyecto que ustedes van a dejarnos. Creo que esta sociedad se debe una discusión al respecto. Como en el caso del aborto -cuando la sociedad en su conjunto se pudo expresar, todos discutimos, hubo contramarchas y se aprobó una ley-, me parece que ahora estamos en un momento en el que el mundo -o los países más civilizados- está tratando de introducir el tema; creo que estamos en un buen momento. No felicito al señor diputado Ope Pasquet por el proyecto, sino porque nos da el puntapié inicial para arrancar con una discusión mucho más profunda, que esta Comisión va a encarar con profundidad.

Anoche, ya tarde, me llamó mi padre de ochenta y seis años -creador de la ley de voluntad anticipada- y, conversando con él, me decía: "No te cerrés". Mi padre siempre me dijo algo cuando estudiaba medicina: "Los médicos tienen que aprender a curar, pero también tienen que saber que la persona tiene que morir con dignidad". Y eso me quedó grabado.

Cabe aclarar que el proyecto de voluntad anticipada lo releí el año pasado, cuando estuvimos en los medios. Este proyecto tiene nombre propio; fue escrito por un paciente. Seguramente, lo tomó el señor diputado Ope Pasquet y le dio estado parlamentario. Uno entiende la problemática del paciente, pero en esa oportunidad ya sabíamos que la ley de voluntad anticipada, estaba aún sin reglamentar. Además, según la encuesta que mandó a hacer el Sindicato Médico del Uruguay -que pude ver muy parcialmente-, el 26 % de la población no sabe que existe esa norma. Como saben, esta ley habla de estado terminal. Una cosa es la patología terminal y otra, muy diferente, es el estado terminal. Yo puedo tener un cáncer de colon con metástasis y estar hablando con ustedes acá, y es imposible que un médico me pueda firmar y darme una inyección de potasio. Estoy hablando como médico y no como legislador; es impensado.

Otra cosa es el estado terminal, que es de lo que habla la ley de voluntad anticipada. Si tengo una enfermedad intratable, incurable y en estado terminal, no sigan encarnizándome; déjenme y no me hagan más nada para curarme. En ese caso, obligatoriamente, están los cuidados paliativos, que es lo que me asegura la muerte digna y con el entorno familiar que me merezco.

Estamos dispuestos a estudiar este tema. Sabemos que hay otras visiones. Vamos a estudiar con mucho gusto este proyecto que ustedes nos alcanzan. Me da la sensación de que este va a ser un año -a pesar de que hay bastantes complejidades- para iniciar una discusión mucho más profunda, algo que la sociedad uruguaya se está debiendo.

En lo personal, voy a tratar de encargarme de distinguir la eutanasia de todos los demás procesos. Cuando a la gente se le pregunta si está de acuerdo con la eutanasia, llama la atención que tenga un 70 % de aprobación. Hay que analizar la encuesta para saber cómo se pregunta y en qué contexto. No conozco el tema, pero voy a estudiarlo porque me llama la atención esto por parte de la sociedad uruguaya.

Tengan la tranquilidad de que lo vamos a estudiar con muchísima seriedad, como hacemos con todas las cosas.

SEÑOR DE MATTOS (Alfredo).- Quiero agradecer la información que nos ha brindado la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos.

Nosotros vivimos en Tacuarembó, que cuenta con un centro para pacientes pediátricos y para adultos de cuidados paliativos. Realmente, cambió el tema sobre todo en los enfermos neoplásicos o con esclerosis laterales amiotróficas, o los niños con problemas respiratorios -tuvimos algunos viviendo muchos años con nosotros- con respiradores.

El proyecto del señor diputado Ope Pasquet apunta a un tema discutible y tiene precisiones difíciles de entender. Seguramente, solicitemos que otros asesores vengan a informarnos sobre el tema. Como dijo el señor diputado Luis Gallo, esto abre la discusión para ver cómo solucionamos esta cuestión. Somos médicos veteranos que vivimos etapas de toda índole: desde los enfermos terminales a los que suministrábamos cócteles líticos hasta cuando tuvimos que dejar de hacerlo. Actualmente, en mi pueblo hay una unidad de cuidado paliativo para tratar a los pacientes -trabaja muy bien-, principalmente, en sus domicilios. Además, estos pacientes son internados cuando es necesario.

De mi parte van a tener todo mi apoyo para ver cómo dar una solución al tema. El señor diputado Luis Gallo es más joven, pero yo tuve a profesores de semiología como Pablo Purriel y a Bouton, quien no tenía tanta corona como el anterior, pero era un gran profesional. Él nos enseñó que hay enfermedades que los médicos curamos, otras crónicas que ayudamos a vivir y que, lo último que nos queda, es ayudar a bien morir, o a cuidar a los pacientes.

En base a todo esto vamos a encarar este tema, con la importancia que demanda. Voy a brindar todos mis aportes para que salga a luz una solución posible.

SEÑORA LUSTEMBERG (Cristina).- Como saben, hoy tenemos reuniones vinculadas con la LUC en diferentes ámbitos pero, por la premura de este tema -como decían los señores diputados Luis Gallo y Alfredo de Mattos, tenemos el compromiso de trabajar en él.

Hemos tomado contacto con muchas de ustedes. Desde 2013 en adelante, conocemos la implementación del programa de cuidados paliativos, liderado en el Ministerio de Salud Pública por la doctora Gabriela Píriz, y a muchas de ustedes las conocemos de diferentes ámbitos profesionales y personales.

Creo que fue muy gráfica la descripción de cada uno de los artículos, con algunas definiciones quizás no entendidas. Como decía el señor diputado Luis Gallo, estamos contacto con el proyecto desde que ingresó. Creo que corresponde que convoquemos también al diputado Ope Pasquet, que es el redactor.

Tomaremos en cuenta cada una de las apreciaciones, porque están dadas las condiciones desde el punto de vista de política de salud, de hacia dónde se debe extender el derecho a los cuidados paliativos. Con Rita compartimos la profesión de pediatra y sabemos las dificultades que hay en la extensión de los cuidados paliativos pediátricos. Y creo que hay algunas indefiniciones de los términos del derecho a acceder a cuidados paliativos y todo lo que debe ser fortalecido y reglamentado, y hay confusión con otros términos que hay también.

Pero está instalado en la opinión pública. No va a ser la primera vez que ustedes sean convocados, porque esta es una discusión más profunda y nuestra responsabilidad no es legislar sin tener todos los elementos. Así que les agradecemos que nos hagan la presentación del proyecto y que quede acá para ser discutido, porque es un tema que amerita una discusión profunda como sociedad uruguaya y que requiere miradas de la bioética, de los derechos de los pacientes, del derecho a cuidados paliativos. Estudié la Ley N° 18.473, de voluntad anticipada o testamento vital; tenemos claro lo que regula; nos hemos asesorado jurídicamente.

Por lo tanto, nos mantendremos en contacto porque es un tema muy complejo, que hay que conocer en profundidad y tener todas las herramientas desde el punto de vista legislativo. Además, está atravesado por otras concepciones que pueden confundirnos en algunas definiciones de lo que estamos legislando. Entonces, es muy importante tener mucha profundidad y amplitud, y saber claramente la definición de cada una de las cosas. Así que les agradezco a las tres, porque esto nos da el puntapié para tener una discusión más profunda.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradezco a los invitados las exposiciones que hicieron, nombrando puntos neurálgicos de todo este tema, que está instalado nuevamente en la opinión pública.

Esperamos con ansias conocer el proyecto sobre cuidados paliativos porque, realmente, considero que es el camino más correcto para este tipo de situaciones. Así que ni bien lo entreguen a la Comisión, lo vamos a estudiar de forma individual, hasta que ingrese para su tratamiento.

Como dijo la diputada Lustemberg, seguramente serán convocados nuevamente. Este es un tema para un intercambio bastante extenso. Por supuesto, tendría que estar presente el redactor del proyecto de ley, que es miembro de la Cámara. Así que ese intercambio se va a dar a continuación en algún momento.

La próxima sesión de la Comisión será a mediados de julio, porque vamos a estar con el tratamiento de la LUC, lo que va a postergar todos estos asuntos por unas semanas.

SEÑOR DASTUGUE (Álvaro).- Este tema es muy importante y han quedado muy claras la línea y la explicación, el comentario que hicieron artículo por artículo, el valor de la vida, del sistema de cuidados paliativos. Desde ya estamos en esa línea, creemos que es la solución.

Así que, gracias por estar. Seguramente vamos a estar en contacto.

SEÑORA SOSA (Alejandra).- El doctor Gallo preguntó sobre la encuesta que salió hace poco. Se hizo desde lugares donde se tiene poder como para hacer una encuesta como esa, que rápidamente se mediatizó, porque en 48 horas salió en todos los programas televisivos y en todos lados, pero hay algunos que no han podido leer cómo fue.

Es una encuesta que se hizo telefónicamente a cuatrocientas dos personas de todo el Uruguay: en once minutos se les hicieron treinta y seis preguntas.

(Diálogos)

—Se basó en sufrimiento o eutanasia, sufrimiento o suicidio asistido; no hubo una pregunta sobre cuidados paliativos y no se definieron los conceptos. Por lo tanto, es una encuesta sesgada que no tiene ningún valor como para sacar una conclusión válida al respecto.

(Interrupción del señor representante Gallo Cantera)

—Lamentablemente, tuvimos que escuchar en programas de televisión al presidente del Sindicato Médico diciendo que una persona enferma deja de ser una persona. Una persona deja de ser persona en el momento en que da su último suspiro, pero somos personas hasta el último momento de nuestra vida, y como médicos -como dijo el doctor de Mattos–, cuando no podemos curar -que muchas veces no lo podemos hacer–, siempre podemos acompañar y cuidar a la persona, pero jamás decir que dejan de ser personas por estar enfermas.

SEÑORA DELLA VALLE (Adriana).- Esto no solo lo pensamos nosotros, sino que le pedimos opinión a la Academia Nacional de Medicina, que entregó una carta apoyando el proyecto sobre cuidados paliativos que incluimos en la carpeta que vamos a dejar a la Comisión. Así que no somos solamente nosotros.

Además, como no somos legistas ni parlamentarios, pedimos ayuda a abogados para desarrollar el proyecto de ley, los doctores Pedro Montano y Germán Aller. Ambos están a su disposición para lo que precisen, al igual que la doctora Gabriela Píriz, que es un referente en Uruguay en cuanto a cuidados paliativos y que estuvo a la cabeza del área programática de cuidados paliativos.

Y, por último, quiero señalar que el paciente en el cual se basó el doctor Ope Pasquet para redactar el proyecto de ley sobre eutanasia y suicidio asistido no estaba en contacto con cuidados paliativos y salió en la televisión pidiendo la eutanasia preventiva, porque tenía una esclerosis lateral amiotrófica recientemente diagnosticada. Estaba con síntomas muy leves cuando solicitó la eutanasia. Nunca había tenido acceso a los cuidados paliativos. Una vez que salió en la televisión, se hizo en el Sindicato Médico una discusión entre varios de nosotros, y lo pusimos en contacto con el área de cuidados paliativos de una institución, cuyo nombre no vamos a decir, como tampoco el del señor, porque está mal. Con posterioridad, el paciente salió en una entrevista que les hicimos llegar a todos ustedes, en donde dijo y cito textualmente: "No lucho más por la eutanasia; ahora mi lucha es por los cuidados paliativos para todos". Era ponerlo en contacto, nada más.

SEÑORA PRESIDENTA.- Muchísimas gracias por habernos acompañado hoy. Estaremos en contacto para retomar esta instancia de intercambio.

(Se retiran de sala autoridades de la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos.- Se suspende la versión taquigráfica.- Ingresa a sala el diputado Ope Pasquet)

SEÑOR DASTUGUE (Álvaro).- Recién me estoy poniendo en conocimiento de la situación en la que está el proyecto. Como me enteré por las citaciones de la Cámara que venían representantes del sistema de cuidados paliativos, vine. También voy a presentar una moción. La voy a explicar en dos minutos, sabiendo que se tienen que ir, no para que la traten hoy, porque ya no hay tiempo, sino en la próxima sesión.

Todos sabemos que las crisis, tanto económicas, como de diferente índole -principalmente la que estamos viviendo, esta crisis pandémica, que es algo que nunca habíamos vivido, que toca todos los sectores de la sociedad-, generan consecuencias. Además, esta crisis va a traer aparejada una crisis económica importante que ya habíamos comenzado a vivir hace algunos años y que esta pandemia va a agudizar. Los ratios de la economía nacional nos muestran un crecimiento del índice de desempleo, un crecimiento en los últimos años del déficit fiscal, de la deuda externa. Todas las crisis económicas agudas traen como consecuencia el incremento muy fuerte de la depresión, por ende, del suicidio.

Por lo tanto, en Uruguay, donde cada once horas un uruguayo decide quitarse la vida -estos son datos del Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior, que además nos informa que en la línea de atención psicológica en tres semanas durante la cuarentena atendió casi cuatro mil llamados por pensamientos de suicidio, estrés, angustia, depresión, ansiedad-, considero que sería inoportuno tratar este proyecto, posicionarlo aún más en la agenda nacional, en la prensa, en el ambiente público, porque en mi opinión y de mi grupo asesor, en función de algunos datos que hemos investigado, potencia o incrementa el pensamiento tanto en pacientes como los que mencioné, depresivos, como con enfermedades terminales o con cuadros

patológicos terminales. No soy médico, así que ahí trato de embocarle a los términos. Considero inoportuno tratar el proyecto en el Parlamento mientras las crisis que mencioné duren y ataquen nuestra sociedad.

Estoy de acuerdo con lo que dijo el diputado Gallo, la sociedad se merece el debate, y es democráticamente importante que lo dé; no considero que sea oportuno en este momento por las causas que acabo de mencionar.

SEÑOR PASQUET IRIBARNE (Ope).- Según se me expresó, no era intención de la Comisión comenzar hoy el tratamiento del proyecto de ley de eutanasia y suicidio médicamente asistido, y se me dijo, además, que cuando eso suceda, se me va a comunicar -según es de estilo aquí en la Cámara-, para que pueda presentar el proyecto a consideración de la Comisión. Supongo yo que la moción del diputado Dastugue se presentará en esa ocasión, es decir, cuando comience el tratamiento, para decidir si se continúa o si se suspende por las razones que él expresó.

Entonces, los comentarios que ciertamente quiero hacer a ese respecto tendrán lugar en ese momento y no ahora. Así que si ese es el criterio de la Comisión, reservo mi intervención para cuando se me invite a exponer acerca del proyecto.

SEÑORA PRESIDENTA.- No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.

